

Nei til screening på gruppe B-streptokokker

Bruk av hurtigtest for screening på gruppe B-streptokokker ved svangerskapskontroller, slik markedsføring oppfordrer til, er dårlig medisin og i strid med norske retningslinjer.

Orion Diagnostica sendte tidlig i høst ut reklame for sin hurtigtest for påvisning av gruppe B streptokokker i vaginalprøver, Noviview Strep-B.

I brosjyren står at det er mulig å finne ut om det er noen risiko for gruppe B-streptokokker ved å teste vaginalprøver fra den gravide, at mødre som er positive «kan gis antibiotika når veene starter og under fødselen», og at et positivt testresultat betyr at den gravide er kolonisert med gruppe B-streptokokker, og at hun og hennes lege må planlegge fødselen med det in mente.

Norsk gynekologisk forening finner denne markedsføringen problematisk av flere grunner.

For det første oppfordres det til generell screening av alle gravide. Dette er strid med norske retningslinjer for håndtering av gruppe B-streptokokker, slik det er uttrykt både i Norsk gynekologisk forenings Veileder i fødselshjelp (1) og Sosial- og helsedirektoratets Retningslinjer for svangerskapsomsorgen (2).

Vi vil her kort minne om faktiske forhold omkring gruppe B-streptokokker og de vurderinger og avveininger som ligger bak de nevnte retningslinjene.

Gruppe B-streptokokker kan være årsak til alvorlige infeksjoner hos nyfødte. Blant gravide er 10–30 % bærere, og 50–70 % av deres barn koloniseres av slike bakterier ved fødselen. Av disse barna vil 1–2 % utvikle sykdom i form av sepsis og/eller meningitt (3). Forekomsten av slike alvorlige infeksjoner har sunket i senere år og rammer nå ca. 0,5 per 1 000 levende fødte barn (4).

Gruppe B-streptokokker smitter fosteret ved oppadstigende infeksjon etter vannang eller ved fosterets passasje gjennom fødselskanalen. Antibiotikaproylaks av gravide bærere er ineffektivt – etter 1–2

uker peroral antibiotikabehandling er 20–30 % av de gravide fortsatt bærere, og ved fødsel er forekomsten økt til nær 70 %. Intravenøs antibiotikabehandling i forbindelse med fødselen er derimot effektivt. Problemet er å identifisere kvinnene som har behov for slik behandling, da dyrking tar flere dager og eksisterende hurtigtester er for lite sensitive. Behandlingsstrategien må derfor enten baseres på screening og behandling av alle gravide bærere av gruppe B-streptokokker, noe som ikke er innført i Norge, eller profylaktisk behandling under fødselen hos kvinner med risikofaktorer.

Studier fra USA kan tyde på at screeningstrategi og antibiotikaproylaks av bærere under fødselen fører til halvert forekomst av neonatal gruppe B-streptokokksykdom (5, 6). Ut fra dette kan man beregne at det i Norge – gitt 30 % bærerprevalens og 0,5/1 000 neonatal morbiditet – er nødvendig å screene 4 000 gravide og gi intravenøst penicillin profylaktisk under fødselen til 1 200 kvinner for å forebygge ett tilfelle av neonatal sykdom.

Fordi både screening og antibiotikaproylaks ikke er 100 % effektivt i praksis, vil gevinsten være mindre enn det som kan beregnes ut fra teoretiske forutsetninger (2). Vi mener at generell screening og profylaks hos bærere innebærer medikalisering av normale fødsler, betydelige kostnader og ulemper og risiko i forbindelse med allergiske og anafylaktiske reaksjoner.

Utbredt profylaktisk antibiotikabruk vil medføre resistensutvikling og endring av den bakterielle flora, for eksempel i retning av økt hyppighet av ampicillinresistente *Escherichia coli*. En slik tendens er rapportert fra USA (6). Vi vil derfor forsvare våre gjeldende retningslinjer der screening og massiv antibiotikabehandling ikke inngår.

For det andre er det ikke dokumentert at denne type tester basert på antigenpåvisning er gode nok for screening av gravide kvinner. En rekke tester har vært evaluert, både av samme type som Noviview Strep-B og liknende typer. Resultatene viser ganske entydig at særlig sensitiviteten er for dårlig (7). For enkelte av disse er det oppgitt god sensitivitet, noe som ikke lar seg bekrefte ved etterprøving (7).

Vi mener at det ikke bør oppfordres til screening, særlig ikke til villscreening, slik denne type markedsføring legger opp til. Testen som markedsføres er ikke god nok. Markedsføring skaper press på prøvetaking og i neste omgang behandling, noe som ikke er ønskelig.

Rolf Kirschner

Kvinnekliviken
Rikshospitalet

Bjørn Backe

Institutt for laboratoriemedisin, barne- og kvinnesykdommer
St. Olavs Hospital

Knut Hordnes

knut.hordnes@uib.no
Kvinnekliviken
Haukeland Universitetssjukehus
5021 Bergen

Forfatterne er henholdsvis leder, nestleder og vitenskapelig sekretær i Norsk gynekologisk forening.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Norsk gynekologisk forening. Veileder i fødselshjelp. Oslo: Den norske lægeforening, 1998. (www.legeforeningen.no/index.gan?id=62348 (24.10.2006).)
2. Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Oslo: Sosial- og Helsedirektoratet, 2005. (www.shdir.no/vp/multimedia/archive/00002/IS-1179_2674a.pdf (24.10.2006).)
3. Prevention of perinatal group B Streptococcal disease. Revised guidelines from CDC. Atlanta, USA: Centers for Disease Control, 2002.
4. Streptokokkinfeksjon, gruppe B – systemisk sykdom. Oslo: Statens institutt for folkehelse, 2003.
5. Law MR, Palomaki G, Alfievic Z et al. The prevention of neonatal group B streptococcal disease: a report by a working group of the Medical Screening Society. *J Med Screen* 2005; 12: 60–8.
6. Levine EM, Ghai V, Barton JJ et al. Intrapartum antibiotic prophylaxis increases the incidence of gram-negative neonatal sepsis. *Infect Dis Obstet Gynecol* 1999; 7: 210–3.
7. Hordnes K, Eide M, Ulstein M et al. Evaluation of a rapid enzyme immunoassay for detection of genital colonization of group B streptococci in pregnant women: own experience and review. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1995; 35: 251–3.

Manuskriptet ble mottatt 18.10. 2006 og godkjent 3.11. 2006. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.